



Cour III
C-2141/2020

Arrêt du 27 mars 2023

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Michael Peterli, Regina Derrer, juges,
Frédéric Lazeyras, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Andres Perez,
Droits Egaux AvocatEs,
recourante,
contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 26 février 2020)

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est une ressortissante suisse, née le (...) 1970, mariée et mère de jumelles nées le (...) 1992. Entre le 1^{er} juin 2006 et le 30 novembre 2019, elle était domiciliée en France voisine (...) et disposait à ce titre du statut de travailleuse frontalière, avant de retourner s'établir à (...) au 1^{er} décembre 2019 (OAI-B. _____ pces 3, 19 et 96). Employée en qualité de secrétaire puis de gérante immobilière auprès de différentes régies, elle a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse de mars 1988 jusqu'à décembre 2017. En dernier lieu, elle a été employée à temps plein auprès de C. _____ (ci-après : l'employeuse) à partir du 1^{er} mars 2014 pour un dernier salaire annuel brut de 128'920.85 francs. En date du 12 octobre 2017, elle a présenté une incapacité totale de travail jusqu'au 17 décembre 2017, avant de reprendre son activité lucrative à mi-temps à partir du 18 décembre 2017, puis de retomber durablement en incapacité totale de travail dès le 4 janvier 2018 (OIE-B. _____ pce 3 p. 27 et pce 12). Par formulaire du 9 avril 2019, elle a annoncé un sinistre auprès de l'assureur accidents de son employeuse, D. _____ en raison de l'inhalation de résidus de matériaux ayant entraîné une intoxication aux métaux lourds (Cadmium) auxquels elle avait été exposée durant neuf à dix mois dans un immeuble sinistré par un incendie survenu le 1^{er} janvier 2017, où elle s'était rendue pour effectuer divers constats (OAI-B. _____ pce 31).

B.

Le 5 octobre 2018, A. _____ a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office AI du canton B. _____ (ci-après : OAI-B. _____), déclarant souffrir de fibromyalgie et d'un état dépressif réactionnel, de migraines avec auras, d'incontinence (urgence mictionnelle), d'un syndrome des jambes sans repos, de discopathies cervicales avec douleurs irradiantes au niveau des épaules, d'une lombalgie basse et d'une petite hernie discale (OAI-B. _____ pce 3).

B.a L'OAI-B. _____ a débuté l'instruction de la demande en examinant les mesures d'intervention précoce envisageables. Il a recueilli différents rapports médicaux et procédé à un entretien avec l'assurée le 8 novembre 2018 pour conclure qu'il convenait d'attendre que la capacité de travail de l'assurée soit médicalement établie avant de lui proposer toute éventuelle mesure, de sorte qu'aucune mesure d'intervention précoce ne semblait envisageable ni possible à ce stade. Il a par conséquent clôturé le mandat d'intervention précoce le 22 novembre 2018 et a adressé le dossier à son

Service médical régional (ci-après : SMR) pour obtenir son avis médical (OAI-B. _____ pces 13, 14, 18, 20, 22 et 23). Sur la base de ces considérations, l'autorité a informé A. _____ qu'il n'était en l'état pas possible de la mettre au bénéfice de mesures de réadaptation, tout en lui indiquant qu'elle avait la possibilité de requérir le prononcé d'une décision sujette à recours sur la question, ce dont cette dernière s'est abstenue (cf. communication du 5 mars 2019 [OAI-B. _____ pce 30]).

B.b Dans le cadre de l'instruction médicale de l'état de santé respectivement de la capacité de travail de l'assurée qui s'en est suivie, la Dresse E. _____, médecin SMR, a, par avis médicaux des 23 novembre et 5 décembre 2018, proposé à l'OAI-B. _____ de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, neurologie et psychiatrie, que l'autorité a complétée par un volet de médecine interne générale (OAI-B. _____ pces 21, 25 et 27). Suivant les avis SMR précités, l'OAI-B. _____ a confié un mandat d'expertise de médecine interne générale, rhumatologie, neurologie et psychiatrie à la Clinique F. _____ (ci-après : clinique F. _____ [OAI-B. _____ pce 45]). Aux termes du rapport établi le 8 octobre 2019, les experts ont estimé que A. _____ présentait principalement un état douloureux chronique diffus, étiqueté comme trouble somatoforme indifférencié par la 10^{ème} édition de la Classification internationale des maladies (ci-après : CIM-10, F45.1). Compte tenu de l'intensité de l'état douloureux chronique et de la fatigue qui l'accompagnait, les experts ont admis une baisse de rendement de 30% sur un temps plein dans toute activité lucrative, y compris dans l'activité habituelle, qui se révélait néanmoins adaptée (OAI-B. _____ pce 51). Ces conclusions ont été validées par le rapport SMR du 7 novembre 2019 de la Dresse E. _____, qui a retenu un trouble somatoforme indifférencié (CIM-10, F45.1) et une fibromyalgie au titre d'atteintes à la santé invalidantes, susceptibles d'entraîner une baisse de rendement de 30% dans toute activité effectuée à temps plein (OAI-B. _____ pce 55).

B.c

B.c.a Par projet de décision du 8 novembre 2019 fondé sur le rapport d'expertise et le rapport SMR précités, l'OAI-B. _____ a retenu que A. _____ disposait d'une pleine capacité de travail avec baisse de rendement de 30% dans toute activité lucrative depuis le 12 octobre 2017. Elle présentait ainsi un degré d'invalidité de 30% n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité. Compte tenu du fait qu'elle préservait au mieux sa capacité de travail dans son activité habituelle (cf. note de travail de l'OAI-B. _____ du 7 novembre 2019 [OAI-B. _____ pce 54]), l'autorité a considéré de

surcroît que d'éventuelles mesures de réadaptation ne semblaient pas indiquées, dès lors qu'elles n'étaient pas de nature à réduire l'invalidité (OAI-B. _____ pce 56).

B.c.b Aux termes d'observations déposées le 10 décembre 2019 (date du timbre postal), A. _____ a mis en cause le projet de décision et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à celui de mesures de réadaptation professionnelle. En substance, elle a contesté disposer d'une capacité résiduelle de travail de 70% compte tenu de son état de santé, en se prévalant de l'avis de plusieurs médecins traitants (cf. rapports des Drs G. _____ [spécialiste en neurologie] du 5 novembre 2018, H. _____ [spécialiste en psychiatrie et psychothérapie] du 30 octobre 2018, I. _____ [spécialiste en médecine interne générale] du 21 novembre 2019) qui lui reconnaissaient une incapacité totale de travail. Elle a également joint une attestation de suivi du 4 décembre 2019 auprès de J. _____, psychologue traitant, et un rapport du 25 novembre 2019 de la Dresse K. _____, médecin-conseil auprès de son employeuse, laquelle affirmait que l'incapacité de travail était médicalement justifiée et qu'aucune reprise du travail n'était envisageable en l'état (OAI-B. _____ pce 66).

B.c.c Par décision du 26 février 2020 notifiée à l'assurée le 28 février suivant, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a écarté les objections de l'assurée et confirmé le projet de décision, considérant que les pièces médicales produites en procédure d'audition ne contenaient pas de nouvel élément susceptible de modifier les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la clinique F. _____ (OAI-B. _____ pce 67).

C.

C.a Par écriture du 22 avril 2020, A. _____ a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF) à l'encontre de la décision du 26 février 2020, dont elle requiert l'annulation, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à celui d'une mesure d'ordre professionnel. Contestant l'instruction du dossier, la valeur probante du rapport d'expertise de la clinique F. _____ ainsi que l'appréciation médicale de son état de santé respectivement de sa capacité de travail, elle reproche à l'autorité inférieure respectivement aux experts de n'avoir pas dûment examiné les répercussions sur sa capacité de travail de l'intoxication au Cad-

mium survenue dans le cadre de son activité professionnelle en 2017, laquelle, pour ses médecins-traitants, pourrait être à l'origine de la fibromyalgie dont elle souffre. En outre, le volet psychiatrique de l'expertise était entaché de lacunes et d'éléments non-pertinents retenus pour écarter toute conséquence invalidante au trouble somatoforme indifférencié. Enfin, l'appréciation médicale des experts qui lui opposaient une pleine capacité de travail sur le plan neurologique et psychiatrique, respectivement une diminution de rendement de 30% sur le plan rhumatologique, était erronée à l'aune des rapports établis par ses médecins traitants (TAF pce 1).

C.b Aux termes de sa réponse du 2 juillet 2020, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se fondant sur la prise de position de l'OAI-B. _____ du 1^{er} juillet 2020 (TAF pce 7).

C.c La recourante a répliqué le 9 septembre 2020, persistant intégralement dans ses conclusions initiales (TAF pce 11).

C.d Le 29 septembre 2020, l'autorité inférieure a dupliqué, concluant derechef au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée sur la base de la prise de position de l'OAI-B. _____ du 28 septembre 2020 (TAF pce 13).

C.e Par ordonnance du 7 octobre 2020, le Tribunal a transmis, pour connaissance, la duplique à la recourante et clos l'échange d'écritures (TAF pce 14).

C.f Le 8 novembre 2022, le Tribunal a requis de l'autorité inférieure qu'elle complète le dossier, les pièces médicales énumérées aux pages 5 à 10 du rapport d'expertise de la clinique F. _____ n'y figurant pas (TAF pce 19). Lesdits documents, obtenus par l'OAI-B. _____ auprès de l'assurée, ont été produits par courrier du 1^{er} décembre 2022 de l'autorité inférieure (TAF pces 22 et 23).

D.

En tant que besoin, les autres faits pertinents de la cause seront examinés dans les considérants en droit ci-dessous.

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2). En revanche, l'examen de la compétence de l'autorité de première instance ne constitue pas en soi une condition de recevabilité du recours formé devant le Tribunal de céans et sera examiné ultérieurement (cf. *infra* consid. 5 [ATF 127 V 29 consid. 4 ; ATAF 2013/3 consid. 4 ; arrêt du TAF C-3964/2019 du consid. 3.2 et les références citées]).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE (ATF 141 V 206 consid. 1.1, 140 V 22 consid. 4 et 133 I 185 consid. 2 et les références).

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.4 Interjeté en temps utile compte tenu de l'ordonnance du Conseil fédéral sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19) du 20 mars 2020 (RS 173.110.4) et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA ; art. 21a PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et s'étant acquitté de l'avance sur les frais de la procédure (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

L'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à l'octroi d'une rente d'invalidité, respectivement à celui d'une mesure de réadaptation, dans le cadre d'une première demande de prestations.

3.

3.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2). Pour sa part, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait devant être apprécié juridiquement ou ayant des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1, 144 V 210 consid. 4.3.1, 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 26 février 2020, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. La modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2020 5373 ; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [FF 2017 2363]), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

3.2 En outre, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, en l'espèce le 26 février 2020. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

4.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance

prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si ces derniers, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves [ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; arrêt du TAF C-281/2019 du 2 novembre 2021 consid. 4.2 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, ad art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a]). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 [arrêt du TF 8C_671/2014 du consid. 2 et les réf. citées ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28]). Par ailleurs, le Tribunal applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (P. MOOR / E. POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^{ème} éd., 2022, n° 1.55 ; cf. également JEAN MÉTRAL, in : A.-S. Dupont / M. Moser-Szeless [édit.], Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales [LPGA], 2018, ad art. 61 n^{os} 74 ss). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

5.

L'assurée ayant repris domicile à (...) le 1^{er} décembre 2019 après avoir habité en France voisine depuis le 1^{er} janvier 2006, il convient d'emblée d'examiner les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'OAIE, qui a rendu la décision litigieuse, était compétent ou non (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4).

5.1 En règle générale, l'office AI compétent est celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations (art. 55 al. 1, 1^{ère} phrase, LAI). Pour les cas dans lesquels les assurés ne sont

pas domiciliés en Suisse, il a été institué un office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) (cf. art. 56 LAI). Aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), est compétent pour enregistrer et examiner les demandes : (a) l'office AI dans le secteur d'activité duquel les assurés sont domiciliés ou (b) l'OAIE si les assurés sont domiciliés à l'étranger (al. 1). L'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2). Si un assuré domicilié à l'étranger prend, en cours de procédure, sa résidence habituelle ou son domicile en Suisse, la compétence passe à l'office AI dans le secteur d'activité duquel l'assuré a sa résidence habituelle ou son domicile selon l'al. 1, let. a (al. 2^{er}).

Attendu que l'assurée était domiciliée en France (...) au moment du dépôt de la demande de prestations du 5 octobre 2018 et qu'elle a toujours travaillé à (...), l'assurée disposait du statut de frontalière. C'est donc à juste titre que l'Office AI du canton B. _____ a procédé à l'enregistrement et à l'instruction de la demande. L'assurée a cependant déménagé dans le canton de (...) le 1^{er} décembre 2019, de sorte que la décision litigieuse du 26 février 2020 aurait dû être notifiée par l'OAI-B. _____ et non par l'OAIE qui n'était plus compétent.

5.2 La décision d'un office AI territorialement incompétent n'est pas nulle mais peut être annulée (arrêt du TF 9C_877/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2). En outre, il est autorisé de renoncer à l'annulation de la décision attaquée et à la transmission du dossier à l'autorité compétente, pour entrer en matière sur le fond du litige pour des motifs d'économie de procédure, à la condition que les parties à la procédure ne se plaignent pas du vice affectant le prononcé et que sur la base des actes, la cause soit en état d'être jugée (ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; arrêts du TF 9C_891/2010 du 31 décembre 2010 consid. 2.2 ; I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 4.2.1 ; voir également ATF 139 II 384 consid. 2.3 *in fine*).

En l'occurrence, l'incompétence à raison du lieu de l'autorité n'a pas été soulevée par la recourante, ni dans son acte de recours ni dans sa réplique. Il ne ressort d'aucune pièce au dossier que l'assurée aurait communiqué son changement de domicile à l'OAIE avant qu'il ne prononce la

décision litigieuse en date du 26 février 2020. Au contraire, le dossier indique que cette information n'a été transmise à l'autorité que le 29 novembre 2022, soit plus de deux ans et demi après le prononcé de la décision litigieuse (cf. OAI-B. _____ pce 96). Quant à la question de savoir si la cause est en état d'être jugée sur la base des actes du dossier, il convient d'examiner l'objet du présent litige, de sorte que ce point sera tranché au terme des considérants qui suivent (spéc. *infra* consid. 13).

6.

6.1 Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, la personne assurée doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

6.2 *In casu*, il ressort de l'extrait du compte individuel de la recourante un total de trois-cents cinquante-sept (357) mois de cotisations à l'AVS/AI entre 1988 et 2017, de sorte que l'assurée remplit la condition afférant à la durée minimale de cotisations (OAI-B. _____ pces 6 et 19).

6.3 Doit dès lors être examinée la question de savoir si la recourante est invalide au sens de la LAI, et, cas échéant, à quel taux.

7.

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

7.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est,

par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

7.2 Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 1 et 2 LPGA). L'assurance-invalidité a donc pour objectif principal l'atténuation des conséquences économiques de l'atteinte à la santé physique ou psychique. En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al 2, 2^{ème} phrase, LPGA ; ATF 137 V 334 consid. 5.2 ss., 116 V 246 consid. 1b ; arrêt du TFA du 29 janvier 1979 en la cause N.B, in : RCC 1979 pp. 194-195 consid. 1b).

7.3 Par incapacité de travail (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

7.4 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le Tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C_863/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 196 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des

médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical.

8.

Par décision du 26 février 2020, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de la recourante compte tenu d'un taux d'invalidité de 30%. Elle a également refusé de lui accorder des mesures de réadaptation, attendu que ces dernières n'étaient pas de nature à réduire l'invalidité (OAI-B. _____ pce 71).

8.1 Cette décision est fondée sur le rapport SMR du 7 novembre 2019 de la Dresse E. _____ (OIA-B. _____ pce 55). Il en ressort que l'assurée est en incapacité totale de travail depuis le 12 octobre 2017 en raison de douleurs diffuses. Celles-ci évoluent dans le cadre d'un trouble somatoforme indifférencié et d'une fibromyalgie. Il n'y a pas de psychopathologie avérée qui sous-tend le syndrome douloureux chronique. Le tableau clinique est dominé par les manifestations algiques dont le substrat organique est insuffisant pour expliquer le handicap allégué par l'assurée. Les limitations des activités ne sont pas uniformes dans tous les domaines comparables de la vie. L'assurée est capable de maintenir de bonnes relations familiales, amicales, des activités de loisirs. Son réseau social est intact. Depuis l'âge adulte, l'assurée a pu fonctionner correctement tant sur le plan privé que professionnel. Elle est dotée de bonnes ressources adaptatives, relationnelles et intellectuelles. Dans le cadre des douleurs, l'introduction d'un traitement antidépresseur à visée antalgique et une prise en charge psychothérapeutique intégrée sont préconisées. Cela étant, les diagnostics retenus au titre d'atteintes à la santé invalidantes sont ceux de trouble somatoforme indifférencié (CIM-10, F45.1) comme atteinte principale à la santé et de fibromyalgie comme pathologie associée, tandis que les diagnostics associés qui ne sont pas du ressort de l'AI sont les suivants :

- tabagisme actif,
- constipation chronique sur dolichocôlon,
- statut post-coccygectomie,

- hallux valgus bilatéral (CIM-10, L20.2),
- troubles statiques des pieds (CIM-10, L21.62),
- tendinopathie de la coiffe des rotateurs et du poignet droit,
- minimes discopathies C5-C6, D6-D7, D7-D8, sans conflit radiculaire,
- petite hernie discale L5-S1 venant au contact de la racine S1,
- migraines épisodiques avec probable aura visuelle (CIM-10, G43.1),
- probable syndrome des jambes sans repos (CIM-10, G25.8),
- impériosités urinaires,
- suspicion d'intoxication au Cadmium.

Nonobstant les diagnostics invalidants de trouble somatoforme indifférencié et de fibromyalgie retenus, la capacité de travail exigible de l'assurée demeure entière dans toute activité lucrative depuis le 12 octobre 2017, avec une baisse de rendement de 30% eu égard aux limitations fonctionnelles engendrées par cette pathologie, à savoir des douleurs chroniques diffuses, de la fatigue, des troubles du sommeil et de la concentration. Au demeurant, l'assurée est apte à participer à des mesures de réadaptation à 100%, bien que celles-ci risquent d'être entravées par la perception d'un handicap sévère par l'assurée.

8.2 Le rapport SMR précité est lui-même fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la clinique F. _____ du 8 octobre 2019 dont la recourante conteste la valeur probante motifs pris qu'il serait fondé sur une instruction incomplète, entaché d'incohérences et insuffisamment motivé. En particulier, les experts n'auraient pas instruit à satisfaction de droit les répercussions sur sa capacité de travail de l'intoxication au Cadmium auquel elle avait été exposée durant les neuf à dix mois ayant suivi un incendie survenu le 1^{er} janvier 2017 dans un immeuble dont elle avait la gestion (cf. *supra* let. A). Ils n'avaient procédé à aucune analyse complémentaire afin de vérifier si l'intoxication était avérée, alors que, de leur propre aveu, ces analyses étaient nécessaires, qu'elles avaient du reste été préconisées par l'assureur accidents de l'employeuse et qu'une prise de sang pratiquée le 27 février 2019 avait révélé une concentration de Cadmium supérieure à la moyenne (OAI-B. _____ pce 95 p. 589). En outre, les médecins-traitants de l'assurée affirmaient qu'elle présentait une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative totale en raison d'une intoxication au Cadmium qui avait pu entraîner la fibromyalgie (TAF pce 1 pp. 4, 6 et 9, pce 11 p. 2 ; OAI-B. _____ pces 33, 44 et 66 p. 253). Les experts ne pouvaient pas non plus écarter tout lien de causalité entre le syndrome douloureux et l'exposition au cadmium en 2017, sous prétexte que celui-là était chronologiquement déjà présent avant la survenance de celle-ci. S'il était vrai que l'assurée avait souffert de migraines avec auras depuis les

années 2000 et de coccygodynies apparues en 2013-2014, il n'en demeurait pas moins que ces atteintes résultaient de pathologies étrangères à la fibromyalgie, constatées à l'époque de leur apparition par différents médecins qui avaient diagnostiqué une atteinte au système nerveux périphérique respectivement des douleurs rachidiennes objectivables (TAF pce 1 pp. 10-11). Sur le plan psychiatrique, l'expert lui opposait faussement son intérêt pour les sports mécaniques et les activités physiques qu'elle pratiquait sur prescription de son neurologue. Enfin, l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail par les experts divergeait diamétralement et sans motivation convaincante de celles de ses médecins traitants (TAF pce 1 p. 12 ; cf. OAI-B. _____ pce 13 et pce 66 pp. 251, 253, 256).

8.3 L'autorité inférieure, qui conclut au rejet du recours, considère que le rapport d'expertise litigieux satisfait aux conditions jurisprudentielles permettant de lui conférer une pleine valeur probante. Les experts avaient pris en compte les plaintes de l'expertisée et statué en pleine connaissance de l'anamnèse. Ils avaient procédé à des examens complets et fait preuve de clarté dans la description et l'appréciation de la situation médicale. Leurs conclusions avaient été dûment motivées et les points litigieux avaient fait l'objet d'une étude circonstanciée. En particulier, les experts avaient pris en considération l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, notamment le rapport du Dr L. _____ du 1^{er} mai 2019 qui avait diagnostiqué une intoxication au Cadmium suite au rapport de dosage des oligo-éléments et métaux du 27 février 2019 et n'avaient pas jugé nécessaire de procéder à une instruction complémentaire sur cette question. Ce faisant, les experts avaient dûment pris en compte l'intoxication au Cadmium pour fonder leur appréciation sur la capacité de travail. L'autorité inférieure ajoute n'avoir reçu aucune information complémentaire relative à la consultation spécialisée que l'assureur accidents de l'employeuse avait prévue de mettre en place pour évaluer une éventuelle intoxication au Cadmium. Pour ce qui avait trait au volet psychiatrique, l'expert avait examiné de manière circonstanciée les indicateurs standards, en particulier celui du degré de gravité fonctionnelle, en lien avec les troubles somatoformes douloureux et avait motivé de manière cohérente et complète son appréciation déniait à juste titre un caractère invalidant aux diagnostics reconnus, les critères de gravité n'étant pas réalisés. Enfin, l'assurée n'avait fait état ni n'avait produit aucun élément objectif susceptible de remettre en question l'appréciation et les conclusions des experts, qui avaient pris en compte toutes les atteintes à sa santé.

9.

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la clinique F. _____ établi dans

le cas d'espèce le 8 octobre 2019, l'a été par les Drs M. _____ (spécialiste en médecine interne générale), N. _____ (spécialiste en neurologie), O. _____ (spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie) et P. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie [OAI-B. _____ pce 51]).

9.1 Sur le plan neurologique (OAI-B. _____ pce 51 pp. 193-199), l'expert constate que l'expertisée se plaint avant tout d'être limitée par la fatigue, les douleurs et la lutte contre celles-ci et qu'elle a en outre développé une sensibilité au bruit, à la lumière claire et aux odeurs. Il explique qu'en cours d'année 2017, s'est installé en quelques semaines seulement un cortège de symptômes : fatigue, douleurs très variables et fluctuantes, ainsi qu'un stress important conduisant à un arrêt de travail complet et la cessation de toute activité sportive. En outre, il rappelle que vers l'an 2000 se sont installés des épisodes de céphalées de plusieurs heures. Ces migraines, sous forme d'une pression frontale associées à une sono-photo-phobie, ont connu une majoration en 2017. Elles pouvaient durer jusqu'à une semaine et se présentaient trois à quatre fois par mois. Le neurologue traitant (Dr G. _____) a alors suspecté des céphalées médicamenteuses et a proposé d'arrêter les antalgiques et anti-inflammatoires que l'expertisée prenait une à trois fois par jour pour soulager des coccygodynies présentes suite à une fracture du coccyx opérée en 2012. Par ailleurs, l'expert relève des symptômes de type oppression et douleurs des jambes apparues en 2014, survenant trente à quarante minutes après le coucher. Le traitement prescrit diminue les symptômes qui la gênent peu. Depuis 2018, l'état de santé de l'expertisée est stable. Les symptômes se répercutent sur les activités de la vie quotidienne, notamment les trajets en voiture qui ne peuvent durer plus d'une trentaine de minutes. En revanche, l'expertisée peut s'occuper des tâches ménagères et administratives, de même qu'elle a pu reprendre une activité physique régulière sous forme de natation. A l'examen clinique, l'expert ne constate aucune limitation ou anomalie à la mobilisation de la tête et du cou, au niveau des nerfs crâniens, du système moteur et de la coordination, dans les réflexes et dans la sensibilité tacto-algique. Les constats issus des rapports des IRM cervicale, médullaire et lombaire sont qualifiés de normaux. Les divers bilans, neurologique et rhumatologique, ainsi qu'une IRM du rachis figurant au dossier ne permettent pas de retenir une cause somatique aux symptômes de fatigue et douleurs généralisées. L'expert ne voit pas d'indication pour des examens complémentaires ou pour modifier un traitement médicamenteux. Aucun signe de fatigue ni trouble cognitif ne sont relevés après 80 minutes d'entretien et d'examen. Sur le plan neurologique, l'expert retient au final :

- des migraines épisodiques avec probable aura visuelle depuis l'an 2000 environ (CIM-10, G43.1) apparaissant trois à quatre fois par mois mais répondant assez bien au traitement prescrit depuis janvier 2018 qui atténue l'intensité et la fréquence des accès de crise et dont la posologie peut être augmentée en fonction de la tolérance et de l'efficacité ;
- un probable syndrome des jambes sans repos (CIM-10, G25.8) depuis 2014, maîtrisé par traitement médicamenteux.

Pour autant, l'expert ne retient aucune incapacité de travail.

9.2 Sous l'angle rhumatologique, l'examen clinique pratiqué par l'experte révèle des signes de comportement douloureux à la mobilisation passive et à la palpation, ainsi que la présence de nombreux points de fibromyalgie. L'experte retient que la patiente présente un état douloureux chronique diffus survenu après un sevrage médicamenteux, pris pendant 5 ans des suites d'une coccygectomie intervenue en 2012 avec coccygodynies et rachialgies récurrentes. Les différents examens pratiqués et évaluations rhumatologiques spécialisées ne sont pas parvenus à retenir une quelconque lésion à l'origine des plaintes douloureuses. Les examens complémentaires et les documents d'imagerie ont certes mis en évidence quelques troubles d'allure banale en regard du rachis lombaire, ainsi que des signes de tendinopathie en regard de la coiffe des rotateurs et du poignet droit, lesquels ne permettent toutefois en aucun cas d'expliquer l'intensité des troubles, leur extension et la durée d'évolution. Les traitements proposés jusqu'à présent – soit une prise médicamenteuse principalement, de la physiothérapie et de l'acupuncture – n'ont aucun effet bénéfique significatif. Devant l'absence d'explication somatique et après exclusion d'une maladie rhumatismale inflammatoire, l'experte retient que la patiente souffre de fibromyalgie, sous réserve de facteurs psychiatriques sous-jacents qu'il appartient à l'expert-psychiatre d'évaluer. Il s'y associe une importante fatigue donnant lieu à des troubles de la mémoire, de la concentration et du sommeil, des céphalées et des douleurs abdominales récurrentes. L'assurée s'est montrée collaborante et authentiquement souffrante, faisant de son mieux pour maintenir un certain rythme de vie, cherchant des solutions dans des médecines plus douces telle que l'acupuncture et s'astreignant à maintenir une activité physique régulière. Elle n'a paru en aucun cas chercher à majorer ses troubles. Sur le plan rhumatologique, l'experte retient en conclusion :

- des coccygodynies et des douleurs de l'articulation sacro-iliaque récurrentes ;

- un état douloureux chronique diffus (CIM-10, R52.2) marqué par des douleurs axiales, périphériques et musculaires, qui présentent un caractère constant mais migrant, d'intensité fluctuante, intéressant toutes les régions du corps, présentes de jour comme de nuit, avec une intensité moyenne de 40 à 50 sur l'EVA (échelle visuelle analogique) de 100 ; les investigations ne permettent de retenir aucun argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une lésion somatique objective. Les anciens comme les nouveaux critères ACR (*American College of rheumatology*) de la fibromyalgie sont remplis tant en ce qui concerne le nombre de zones douloureuses que l'intensité et la sévérité des symptômes somatiques, en particulier la fatigue et les troubles du sommeil ; l'on peut suspecter qu'une composante psychosomatique puisse être soulevée quant à l'installation des troubles douloureux ;
- un hallux valgus rigidus bilatéral (M20.2) pour lequel la patiente a subi une cure à l'âge de 16 ans ;
- des troubles statiques des pieds (M21.62).

A l'instar du rhumatologue traitant (le Dr Q. _____), l'expert retient que l'état douloureux chronique diffus est susceptible d'entraîner une diminution de rendement de 30 % sur un plein temps depuis octobre 2017 dans toute activité lucrative – y compris l'activité habituelle qui peut être qualifiée de légère – en raison de l'intensité douloureuse fluctuante, du caractère migrant de celle-ci et de la fatigue.

9.3 Au niveau psychique, l'expert ne décèle, lors de son examen clinique, aucun trouble du comportement ou de l'humeur, aucune altération du statut psychiatrique (fonctions cognitives, mémoire des faits anciens et récents, attention et concentration, raisonnement et intelligence), soulignant au contraire l'absence d'angoisses et de phénomènes dissociatifs ou conflictuels avec la réalité. Aucun dysfonctionnement flagrant de la capacité de concentration ou des capacités mnésiques, aucune manifestation psychotique floride, aucun syndrome dissociatif ou manifestation hallucinatoire, aucune allégation d'anxiété paroxystique ne sont retenus, tandis que les fonctions thymiques se situent dans la norme. L'examen de la personnalité révèle une période infantile et juvénile marquée par la violence paternelle, les attouchements sexuels d'un frère aîné, ainsi que des carences affectives maternelles et des carences nutritionnelles par négligence paternelle. Toutefois, depuis le début de l'âge adulte, l'assurée a correctement fonctionné, hormis une période dans les années 2000 où elle a suivi une psychothérapie de courte durée pour un état anxio-dépressif réactionnel sur *mobbing*, dont l'évolution a été favorable sous traitement par IRS (inhibiteur

de la recapture de la sérotonine) et dès le changement d'employeur. L'expertisée ne présente pas non plus de problème émotionnel ou relationnel à répétition, ni fragilité structurelle de l'estime de soi, ni comportement relationnel et émotionnel dysfonctionnel, ni trait problématique de la personnalité. Elle est au contraire apparue particulièrement combative au sein de ses différentes formations et postes professionnels. Le tableau clinique est cohérent chez une assurée qui présente peu de doléances psychiatriques, qui n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique, et n'est pas au bénéfice d'un traitement psychopharmacologique qui n'a pas été jugé nécessaire. Le traitement psychothérapeutique conduit dans le cadre de la gestion de ses douleurs avec son psychologue J._____, auquel l'assurée semble compliant, est adéquat.

A l'aune des indicateurs standards, l'expert exclut toute somatisation (CIM-10, F45.0) dans le cadre du trouble somatoforme dont souffre l'assurée, ce en l'absence d'un caractère insistant et dramatique ou d'altération des relations interpersonnelles familiales et amicales. En effet, l'assurée a préservé, malgré sa maladie, de bonnes voire d'excellentes relations familiales et amicales, des activités sociétales simples afin de maintenir son réseau social, une pratique des activités sportives et un intérêt pour ses passions. Elle dispose également de nombreuses ressources intellectuelles. Elle sait notamment s'adapter aux règles et routines, planifier et structurer ses tâches et les étapes d'une journée. Elle dispose d'une flexibilité et d'une capacité d'adaptation qui permettent d'adapter son comportement à des situations changeantes, notamment algiques. Elle bénéficie également d'une capacité de jugement et de prise de décision intacte, d'un sens du contact particulièrement efficace envers les tiers, ainsi que d'une capacité à s'affirmer et à défendre ses convictions. En conclusion, l'expert considère que la situation psychiatrique de l'assurée n'est pas préoccupante puisque celle-ci est très éloignée des grands syndromes psychiques incapacitants tels que psychose, épisode dépressif sévère, trouble bipolaire, anxiété paroxystique ou troubles spécifiques de la personnalité. Dès lors que l'expertisée ne souffre d'aucune psychopathologie incapacitante, son état de santé s'est détérioré dans un domaine extra psychiatrique. L'expert retient le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (CIM-10, F45.1) sans incidence aucune sur la capacité de travail qui demeure entière sur le plan psychiatrique.

9.4 Sous l'angle de la médecine interne, l'assurée présente une bonne souplesse ostéo-articulaire qui contraste avec un comportement douloureux manifeste à la pression même superficielle de plusieurs points, exprimé par des sursauts, retraits et grimaces, bien que l'assurée soit restée

collaborante durant l'examen clinique. Les douleurs décrites sont diffuses, permanentes et migratrices, touchant en alternance les différentes articulations, sans facteur déclenchant ni lieu prédictif, d'une intensité de 5 à 6 sur 10 avec des pics pouvant atteindre 8 sur 10 de l'EVA, durant quelques minutes jusqu'à ce que l'assurée cesse l'activité en cours. L'examen clinique ne dépistant aucune limitation significative ni signe inflammatoire et la description des examens portée au dossier paraissant suffisante pour établir une appréciation, l'expert n'ordonne aucun examen radiographique complémentaire et retient les diagnostics suivants, d'allure banale et répondant bien aux traitements symptomatiques :

- tabagisme d'environ 36 UPA (unité paquets-années) en cours de sevrage, sans atteinte pulmonaire évolutive ;
- surpoids avec IMC (indice de masse corporelle) de 26kg/m² évolutif depuis deux ans sans autre syndrome métabolique (glycémie, cholestérol) ;
- constipation chronique dans un contexte de dolichocôlon ;
- impériosités urinaires ;
- status post-coccygectomie pratiquée en 2012 pour coccygodynies suite à une fracture du coccyx en 2008, compliquée par un vraisemblable abcès, dont les douleurs ne sont pas sur le devant de la scène algique.

Par contre, l'experte exclut la possibilité d'une *intoxication aiguë massive* au Cadmium compte tenu de l'incompatibilité du tableau clinique de l'assurée avec les symptômes qu'une telle exposition entraîne (absence d'un collapsus cardio-vasculaire, d'une acidose métabolique ou d'une coagulopathie de consommation). Elle écarte également l'éventualité d'une *intoxication chronique* au Cadmium, du fait que les atteintes qu'elle engendre (néphropathie et atteinte osseuse consécutive d'une fuite phosphocalcique urinaire qui se manifeste par une déminéralisation qui peut s'avérer douloureuse) ne se retrouvent pas dans les bilans biologiques figurant au dossier, notamment de la scintigraphie osseuse de mai 2019 qualifiée de normale. Sous réserve d'une possible exposition au Cadmium subie dans un immeuble incendié courant 2017, elle exclut toute éventualité d'intoxication dans un cadre professionnel, puisqu'une accumulation chronique s'opère chez des sujets qui travaillent dans certains milieux industriels qui ne correspondent absolument pas au cadre professionnel habituel dans lequel l'expertisée évolue. En revanche, le tabagisme est susceptible d'augmenter les doses journalières de Cadmium. Enfin, le syndrome douloureux chronique était présent avant la période d'exposition prolongée en 2017

dans l'immeuble sinistré, en regard des manifestations migraineuses apparues dans les années 2000 et des douleurs rachidiennes survenues vers 2013-2014. Compte tenu de ces éléments, l'experte estime très hypothétique de faire un lien entre le syndrome douloureux et la suspicion d'une intoxication au Cadmium.

9.5 Procédant à une évaluation consensuelle du cas, les experts considèrent que l'expertisée présente un trouble somatoforme indifférencié (CIM-10, F45.1) pour lequel le substrat organique est insuffisant pour expliquer le handicap qu'elle allègue. D'un point de vue psychiatrique, elle ne présente pas non plus de psychopathologie susceptible de sous-tendre le syndrome douloureux chronique. En considération de l'intensité et de la fatigue qui accompagnent celui-ci, les experts admettent une baisse de rendement de l'ordre de 30% sur un temps plein depuis le mois octobre 2017, ce tant dans l'activité habituelle que dans toute autre activité.

A l'appui de leurs conclusions, ils exposent, qu'il n'y a pas lieu de proposer à l'assurée une approche thérapeutique autre que les séances d'acupuncture pratiquées pour traiter les douleurs diffuses, tandis que la prise de Lyrica est adéquate pour traiter le syndrome des jambes sans repos et que la posologie du Propranolol pour traiter les migraines peut au besoin être augmentée selon la tolérance et l'efficacité. Du point-de-vue psychiatrique, une prise en charge psychothérapeutique intégrée peut se révéler bénéfique. Il n'y a pas lieu de proposer d'emblée un traitement psychopharmacologique, bien que des antidépresseurs à visée antalgique présentent un intérêt médico-théorique auprès des patients douloureux chroniques et pourraient être tentés afin d'améliorer les aptitudes au travail.

Sur le plan des capacités, des ressources et des difficultés, les experts constatent que l'assurée est dotée de nombreuses ressources. Elle dispose en particulier de bonnes aptitudes intellectuelles qui lui ont permis d'achever de nombreuses formations qu'elle a pu mettre en pratique dans son milieu professionnel. Elle décrit une vie de famille harmonieuse, des relations interpersonnelles préservées de même qu'un réseau social intact. Elle ne présente aucun comportement relationnel et émotionnel dysfonctionnel ni de labilité émotionnelle ou thymique. Elle ne donne pas l'impression d'immaturité affective ni de traits problématiques de la personnalité. Elle possède une capacité préservée à s'adapter aux règles et routines, à planifier et structurer ses tâches (consacrant le temps adéquat à ses activités d'entretien et nettoyage), à s'affirmer et à prendre des décisions, à évoluer au sein d'un groupe, à maintenir des contacts efficacement avec

autrui et à éprouver du plaisir lors des activités spontanées. La capacité de déplacement et les soins d'hygiène ne sont pas entravés.

Concernant la réinsertion professionnelle, les experts constatent que l'assurée s'estime incapable de reprendre son activité habituelle et exprime peu de velléités à l'égard d'une autre activité professionnelle. Les facteurs susceptibles d'entraver la réinsertion professionnelle sont essentiellement l'auto-appréciation d'un handicap sévère avec une intensité élevée et le caractère diffus des douleurs. Toutefois, des mesures de réinsertion peuvent être soutenues.

10.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves évoqué plus haut (cf. *supra* consid. 4), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c ; arrêt du TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

10.1 De manière générale, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], ad art. 57 LAI n° 37). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est ainsi nécessaire qu'il

existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêts du TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2, 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, l'expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

10.2 S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres troubles résultant de maladies psychosomatiques qui y sont assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409, 143 V 418), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (cf. *infra* consid. 12.3.1 ; ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1, 145 V 361 consid. 3.1). Une expertise psychiatrique est ainsi en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes, respectivement la fibromyalgie, sont susceptibles d'entraîner, bien que leur diagnostic soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5, 132 V 65 consid. 4.3 ; 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2 ; arrêt du TF 9C_549/2015 du 29 janvier 2016 consid. 4.2). La fibromyalgie présente par ailleurs de nombreux points communs avec le trouble douloureux somatoforme (ATF 132 V 65 consid. 4, 4.1; arrêt du TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5; cf. aussi PETER HENNINGSEN, *Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen*, SZS 2014 p. 12).

11.

11.1 En l'espèce, l'instruction de l'état de santé de l'assurée établit une anamnèse médicale de longue date.

11.1.1 Dès la fin des années 1990, celle-ci s'est plainte de migraines avec auras (cf. notes de consultations du Dr L. _____, généraliste [OAI-B. _____ pce 90 p. 446]).

11.1.2 En 2007, cette symptomatologie a été assortie d'un syndrome pseudo-vertigineux (sensations d'épisodes quotidiens d'ébriété) et d'hémicrâniées prenant l'orbite, fluctuantes entre la droite et la gauche pouvant durer jusqu'à cinq jours avec notion de vision trouble pendant les crises qui pouvaient avoir lieu plusieurs fois par jour associées à des acouphènes bilatéraux. Le traitement a favorisé une amélioration de la symptomatologie (cf. rapports des 26 février et 22 août 2007 des Drs R. _____, otoneurologue, S. _____ et T. _____, médecine interne générale [OAI-B. _____ pces 93 p. 485 et pce 94 p. 536], et du 28 septembre 2007 du Dr U. _____ [OAI-B. _____ pce 93 p. 510]).

11.1.3 A la suite d'un accident de la circulation survenu en 2008 au cours duquel la recourante a été renversée en scooter avec un impact sur les fesses, elle a présenté des douleurs de la région sacrococcygienne persistantes ayant justifié de multiples consultations et investigations, avant d'entraîner une coccygectomie pratiquée en mars 2012 et compliquée par un abcès drainé. Après l'intervention chirurgicale, les douleurs de type coccygodynie ont persisté notamment en position assise. L'assurée a signalé des douleurs électriques survenant comme des décharges ou comme une déchirure avec irradiation tantôt dans la fesse droite tantôt dans la fesse gauche. A la suite d'un second accident au cours duquel l'assurée a heurté une barrière en voiture, la situation s'est encore compliquée avec l'apparition de lombalgies basses (cf. rapports du 11 janvier 2013 du Dr V. _____, neurologue [OAI-B. _____ pce 93 p. 514], du 16 août 2013 de la Dresse W. _____, radiologue [OAI-B. _____ pce 14 p. 79], et du 24 janvier 2014 du Dr X. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie [OAI-B. _____ pce 93 p. 524]).

11.1.4 En cours d'année 2014, la patiente a rapporté en outre des douleurs digitales avec par moment des sensations de blocage touchant notamment les doigts III et IV de la main droite. Elle s'est également plainte de douleurs antérieures au niveau des deux genoux (cf. rapport du 24 janvier 2014 du Dr X. _____ [OAI-B. _____ pce 93 p. 524]).

11.1.5 En raison des antalgiques pris en traitement des suites de la coccygectomie pratiquée en 2012, elle a signalé en 2016 une aggravation de la constipation dont elle souffrait depuis l'adolescence. Cette symptomatologie s'est alors accompagnée de douleurs abdominales irradiant dans les

épaules et les creux sus-claviculaire. Le bilan coloscopique a décelé des hémorroïdes de grade 1 et un dolichocôlon avec mélano-coli (cf. rapport du 12 avril 2016 du Dr Y. _____, gastro-entérologue [OAI-B. _____ pce 94 p. 545]). En novembre 2016, elle a chuté dans les escaliers et ressenti des douleurs cervicales et scapulaires, un sentiment de bras droit « lourd » et des paresthésies dans l'index et le majeur à droite. Une atteinte radiculaires C6-C7 post-traumatique par étirement sans atteinte lésionnelle a été retenue et un traitement conservateur, préconisé (cf. rapports des 24 et 30 novembre 2016 du Dr U. _____ [OAI-B. _____ 94 pp. 567 et 571]).

11.1.6 A partir de 2017, l'assurée a présenté de nouveaux accès de migraines avec auras, essentiellement visuelles durant trente à quarante minutes, mais aussi sensibles pouvant durer deux à trois jours sous forme d'un engourdissement au niveau du membre inférieur gauche ou au niveau d'une des deux mains de manière alternée. Le neurologue traitant a indiqué que le diagnostic d'état migraineux avec aura vestibulaire avait été largement favorisé et entretenu par une consommation excessive d'antalgiques et d'anti-inflammatoires depuis plusieurs années pour traiter des coccygodynies, de sorte qu'un sevrage drastique de ces médicaments a été préconisé (cf. rapports des 17 octobre, 21 novembre et 23 novembre 2017 du Dr G. _____ [OAI-B. _____ pce 94 pp. 551-556]).

11.2 Compte tenu de l'ensemble de ces troubles et de douleurs devenues gênantes notamment en position assise, l'assurée s'est vue administrer des antalgiques et anti-inflammatoires lui permettant de prendre son véhicule automobile et de conduire pendant une quarantaine de minutes jusqu'à son travail et d'effectuer ses activités professionnelles, sans empêcher les crises (cf. rapports du 28 septembre 2007 du Dr U. _____ [OAI-B. _____ pce 93 p. 510], du 23 novembre 2012 du Dr Z. _____, neurochirurgien [OAI-B. _____ pce 93 p. 506] et du 11 janvier 2013 du Dr V. _____ [OAI-B. _____ pce 93 p 514]). Ce nonobstant, elle a ainsi toujours assumé une capacité entière de travail dans le métier de gérante immobilière qu'elle déclare « *aimer profondément* » (cf. OAI-B. _____ pce 51 pp. 183, 197 et 217) jusqu'au 4 janvier 2018, date depuis laquelle elle subit une incapacité totale de travail.

11.3 A propos de celle-ci, les médecins traitants de l'assurée ont exprimé les divers avis suivants :

11.3.1 Sur le plan de la médecine générale, il est constaté que l'assurée souffre de migraines avec auras, de cervicalgies, de lombosciatalgies, de

discopathies, d'un syndrome des jambes sans repos, de fibromyalgie, d'intoxication au Cadmium susceptible d'avoir causé la fibromyalgie ainsi que d'un état dépressif consécutif à l'inefficacité des traitements de la fibromyalgie. Les difficultés de concentration, les migraines, la fatigue ainsi que les douleurs diffuses instables et imprévisibles entraînent une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux atteintes à la santé (cf. rapports des 9 octobre 2018 et 1^{er} mai 2019 du Dr L. _____ [OAI-B. _____ pce 18 p. 88 et pce 33], des 9 octobre 2018 et 23 juillet 2019 de la Dresse AA. _____, spécialiste en médecine interne générale [OAI-B. _____ pces 29 et 44]) et du 21 novembre 2019 de la Dresse I. _____ [OAI-B. _____ pce 66 p. 253]).

11.3.2 Le neurologue traitant retient également une incapacité de travail totale en raison d'un syndrome douloureux chronique qui domine la scène algique avec des douleurs pluri-articulaires migrantes, une fatigue concomitante sur fond d'état dépressif réactionnel à l'état de santé, d'accès migraineux avec aura visuelle et vestibulaire et d'impatiences diurnes et nocturnes. Ces affections entraînent des limitations fonctionnelles telles incapacité de concentration, fatigue, et crainte de commettre une erreur, tandis que lesimpatiences en position stationnaire et les douleurs poly-articulaires entravent les déplacements (cf. rapport du 5 novembre 2018 du Dr G. _____ [OAI-B. _____ pce 13]).

11.3.3 Sur le plan psychiatrique, le Dr H. _____, consulté à la demande de la médecin-conseil de l'employeuse, diagnostique 1) un syndrome douloureux persistant typique. Le psychiatre en infère une importante atteinte cognitive, affectant particulièrement la mémoire et la concentration et justifiant l'incapacité de travail depuis une année. Il retient également 2) un syndrome des jambes sans repos et 3) une hernie discale L5-S1 gauche. Il considère la prise en soin multiple extensive dont la patiente bénéficie n'offre pour l'heure pas un résultat suffisant pour entrevoir la reprise de son activité lucrative (cf. rapport du 30 octobre 2018 du Dr H. _____ [OAI-B. _____ pce 66 p. 250] ; voir en ce sens également le rapport du 4 décembre 2019 de J. _____, psychologue consulté sur délégation du Dr BB. _____, psychiatre [OAI-B. _____ pce 66 p. 251]).

11.3.4 Le rhumatologue traitant retient une incapacité de travail limitée à 70% dans l'activité habituelle de l'assurée, respectivement de 80 à 90% dans une activité adaptée, compte tenu de la fibromyalgie qui pourrait réduire sa tolérance aux activités répétées et aux postures tenues de manière prolongée, ainsi que son endurance. Les lombalgies réduisent la capacité de porter des charges et de rester dans des positions prolongées

sans se mobiliser (cf. rapport du 5 novembre 2018 du Dr Q. _____ [OAI-B. _____ pce 14 p. 78]).

12.

Pour leur part, les experts retiennent le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié pour lequel le substrat organique est insuffisant pour expliquer le handicap allégué et considèrent que la recourante dispose d'une capacité entière de travail dans toute activité lucrative, seule une diminution de rendement de 30% étant retenue sur le plan rhumatologique, en raison des douleurs chroniques diffuses, de la fatigue, des troubles du sommeil et de la concentration (OAI-B. _____ pce 51).

12.1 Or, il ressort des constats d'expertise rhumatologique que, bien qu'elle n'ait pas démontré d'inconfort particulier en restant assise durant l'entretien sans bouger ni se lever et qu'elle se soit pliée aux tests à effectuer, l'assurée a manifesté des signes de comportement douloureux à la mobilisation passive et à la palpation, marqués par des grimaces, des soupirs, des mouvements de retrait et de brusques sursauts avec des résistances, ainsi que de nombreux points de fibromyalgie. L'état douloureux était marqué par des douleurs tant axiales, périphériques que musculaires, d'intensité fluctuante (estimée au jour de l'examen entre 40 et 50 sur l'EVA [Echelle Visuelle Analogique] de 100, avec des pics à 80 selon l'expertise de médecine interne générale), constante et migrante, intéressant toutes les régions du corps, à tel point que l'assurée ne pouvait désigner un endroit du corps où elle n'avait jamais eu mal. Les douleurs ne lui avaient laissé aucun répit depuis leur apparition et elles étaient présentes de jour comme de nuit. Il s'y associait une importante fatigue donnant lieu à des troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles du sommeil, des céphalées et des douleurs abdominales récurrentes. L'assurée s'était montrée authentiquement souffrante et n'avait paru en aucun cas chercher à majorer ses troubles, faisant de son mieux pour maintenir un certain rythme de vie, explorant des solutions dans des médecines plus douces telles que l'acupuncture et s'astreignant à maintenir une activité physique régulière. A défaut d'argument en faveur d'une maladie rhumatismale inflammatoire, l'experte rhumatologue retient un diagnostic d'état douloureux chronique diffus (CIM-10, R.52.2) – à l'égard duquel la patiente remplit les critères ACR (*American College of Rheumatology*) de fibromyalgie tant en ce qui concerne l'intensité des symptômes, le nombre de zones douloureuses, ainsi que la sévérité des symptômes somatiques en particulier la fatigue et les troubles du sommeil. L'état douloureux chronique diffus est susceptible d'entraîner une diminution de rendement de 30 % sur un plein

temps dans toute activité lucrative – y compris l'activité habituelle – en raison de l'intensité douloureuse fluctuante, du caractère migrant de celle-ci et de la fatigue.

12.1.1 Ce faisant, l'expertise se borne à faire sommairement référence à l'importante fatigue et ses conséquences – troubles de la concentration, de la mémoire et du sommeil – ainsi qu'aux douleurs fluctuantes et migrantes pour retenir une baisse de rendement de 30% en regard d'une capacité entière de travail dans toute activité lucrative. Ces considérations ne sauraient convaincre.

12.1.2 En effet, elles n'expliquent pas les motifs qui conduisent les experts à considérer la recourante comme étant apte à exercer à 100% son métier de gérante immobilière malgré les douleurs susmentionnées – considérées comme authentiques (cf. OAI-B. _____ pce 51 p. 206). Sans autre motivation médicale, le tableau algique ne paraît pas compatible avec les exigences d'une activité lucrative exercée à temps plein de surcroît en qualité de gérante immobilière. A titre d'illustration, le Tribunal souligne que l'expertisée est arrivée avec vingt minutes de retard à l'entretien dans les locaux de l'Office AI du canton B. _____, entretien qu'elle n'a pas voulu reporter en raison de l'énergie qu'il lui en avait coûté pour s'y préparer, expliquant qu'elle avait dû immobiliser sa voiture sur la voie publique en raison d'une migraine. Cette dernière avait de plus affecté les modalités de l'entretien qui avait dû s'effectuer sans source lumineuse et de manière à ce que l'expertisée restât de profil aux portes (OAI-B. _____ pce 23). Le Tribunal ajoute que l'expertisée a déclaré avoir mis plus de trois heures de voiture pour rejoindre la clinique F. _____ à (...) depuis (...) en raison des pauses fréquentes qu'elle avait dû effectuer (OAI-B. _____ pce 51 p. 203). En conséquence, l'expertise apparaît lacunaire en ce qu'elle n'explique pas en quoi le caractère inattendu et aléatoire des symptômes, la fluctuation de l'intensité des douleurs et leur migration dans l'ensemble du corps, au même titre que les céphalées régulières et les douleurs abdominales qui l'accompagnent, n'empêchent pas la recourante d'exercer son activité lucrative habituelle à 100%, sous réserve d'une baisse de rendement de 30%.

12.1.3 Ce défaut de motivation dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail apparaît d'autant plus problématique que les experts considèrent l'activité lucrative habituelle de gérante immobilière comme adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, en particulier aux troubles de la concentration engendrés par la fatigue et les douleurs diffuses. Or, le questionnaire complété par l'employeuse indique expressément que le poste

occupé par la recourante requiert d'importantes ressources intellectuelles, en particulier au niveau de la concentration et de l'attention (cf. OAI-B. _____ pce 12). Une motivation sur ce point s'impose d'autant plus au regard des avis médicaux émis par d'autres spécialistes qui retiennent une capacité de travail nulle précisément en raison des troubles de la mémoire et de la concentration engendrés par l'état douloureux généralisé et la fatigue qui l'accompagne, au même titre que des limitations fonctionnelles en cas de station assise prolongée sans mobilisation, comme devant un écran d'ordinateur (cf. rapports des 9 octobre 2018 et 1^{er} mai 2019 du Dr L. _____ [OAI-B. _____ pces 18 et 33], du 30 octobre 2018 du Dr H. _____ [OAI-B. _____ pce 66 p. 250], du 5 novembre 2018 du Dr G. _____ [OAI-B. _____ pce 13], du 21 novembre 2019 de la Dresse I. _____ [OAI-B. _____ pce 66 p. 253]). Le fait que le rhumatologue traitant (Dr Q. _____) fasse état d'une incapacité de travail de 30% ne saurait suppléer à ce défaut de motivation, cela d'autant que ce dernier évoque une incapacité de travail de 30% et non pas une baisse de rendement de 30% (cf. OAI-B. _____ pce 14, p. 78). L'experte rhumatologue fait ainsi abstraction des exigences intellectuelles concrètement nécessaires à l'exercice du métier de gérante immobilière, lesquelles semblent incompatibles avec l'état de fatigue et de douleurs constants auxquels l'assurée est sujette, cette dernière rapportant de surcroît une majoration des troubles lors de l'activité cognitive (OAI-B. _____ pce 51, pp. 197 et 206). Or, les lignes directrices pour l'expertise rhumatologique édictées par la Société suisse de rhumatologie commandent précisément aux experts rhumatologues de tenir compte des performances intellectuelles, des ressources, du stress et autres capacités concrètement attendues dans l'activité professionnelle habituellement exercée par les expertisés pour dûment évaluer et motiver leur appréciation de la capacité résiduelle de travail (cf. « <https://www.rheuma-net.ch/images/pdf/lignes-directrices-pour-l'expertise-rhumatologique-05-2018.pdf> », version mai 2018, consultée pour la dernière fois le 3 mars 2023).

12.1.4 En conséquence, le Tribunal ne saurait se contenter de l'appréciation médicale de la capacité résiduelle de travail de la recourante posée par l'experte rhumatologue sans qu'elle n'expose les motifs la conduisant à considérer que l'expertisée est apte à exercer à 100% son métier de gérante immobilière nonobstant le cortège de symptômes qui l'affecte, respectivement que seule une baisse de rendement de 30% peut lui être imputée compte tenu de l'importante fatigue, des conséquences de celles-ci – troubles de la concentration, de la mémoire et du sommeil – ainsi que des douleurs fluctuantes et migrantes.

12.2 Par ailleurs, les experts ont déterminé la capacité résiduelle de travail de la recourante en écartant l'hypothèse d'une intoxication au Cadmium (cf. OAI-B. _____ pce 51 pp. 188-189).

12.2.1 D'emblée, le Tribunal souligne que rien au dossier ne permet d'inférer que le collège d'experts, mandatés à titre de spécialistes en médecine interne, neurologie, rhumatologie, et psychiatrie, disposaient des qualifications et connaissances requises en matière de toxicologie pour évaluer en l'espèce la probabilité et les répercussions d'une intoxication aux métaux lourds (sur la nécessité de confier une expertise à un spécialiste en toxicologie ou en médecine du travail en matière d'intoxication : arrêts du TF 8C_311/2020 du 11 décembre 2020 consid. 3.3 et 4.3, 8C_67/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.6, 8C_510/2010 du consid. 7, U 297/05 du 16 août 2006 consid. 3, I 512/01 du 6 juin 2002 consid. 4 ; arrêt ATAS/102/2011 de la Cour de justice de la République et canton de Genève du 1^{er} février 2011 consid. 8).

12.2.2 En outre, un rapport d'analyse sanguine effectuée le 27 février 2019 a attesté d'une concentration de Cadmium dans le sang à 2.2 µg/L pour une normale inférieure à 2 chez les fumeurs (TAF pce 1, annexe 4 ; OAI-B. _____ pce 95, p. 589). Après avoir découvert que leur patiente présentait un taux de concentration sanguine de Cadmium supérieure à la normale, les médecins traitants ont préconisé un examen médical complémentaire (cf. rapports des Drs L. _____ et AA. _____ des 1^{er} mai et 23 juillet 2019 [OAI-B. _____ pces 33 et 44]). L'assurance-accidents de l'employeuse a également jugé nécessaire de pratiquer des prélèvements complémentaires afin de déterminer la présence d'une éventuelle intoxication aiguë et/ou chronique au Cadmium (cf. courriel du 18 mars 2020 des hôpitaux universitaires CC. _____ à C. _____ [TAF pce 1, annexe 20 ; OAI-B. _____ pces 31 et 47]), document qui peut être pris en considération dès lors qu'il est étroitement lié à l'objet du litige [cf. *supra* consid. 3.2]). Enfin, les experts eux-mêmes ont préconisé de confirmer les résultats de la prise de sang du 27 février 2019 par d'autres prélèvements à effectuer auprès d'un laboratoire toxicologique spécialisé tel le Centre universitaire DD. _____ (ci-après : Centre universitaire DD. _____), ajoutant que si les nouveaux bilans se révélaient également au-delà des valeurs limites, il conviendrait de les compléter par une densitométrie osseuse. Ce faisant, les experts ont écarté de manière incohérente le diagnostic d'intoxication au Cadmium sans ordonner préalablement les examens complémentaires qu'ils ont eux-mêmes préconisés, cela même alors que leur rapport réserve expressément l'hypothèse d'une exposition au Cadmium lors de la période

de neuf à dix mois survenue en 2017 pendant laquelle l'assurée s'est rendue à répétitions reprises dans un immeuble incendié. Certes, les experts relèvent-ils également que le tabagisme pourrait constituer un facteur susceptible d'augmenter les doses journalières de Cadmium, de sorte que le taux de 2,2 µg/L n'apparaîtrait que légèrement supérieur à la normale inférieure de 2 µg/L recensée chez les patients fumeurs. Toutefois, le rapport d'expertise ne saurait apporter de conclusion décisive sous cet angle dès lors que, de manière contradictoire, l'expert-psychiatre rapporte que l'assurée fumait un paquet de cigarettes par jour, tandis que l'experte de médecine interne retient un tabagisme en cours de sevrage.

12.2.3 Enfin, les experts indiquent exclure l'hypothèse d'une intoxication au Cadmium pour le motif qu'elle ne saurait constituer la cause de l'état douloureux chronique, l'assurée ayant présenté certaines manifestations de celui-ci – telles les migraines et les coccygodynies – avant 2017, soit avant qu'elle ne soit éventuellement exposée aux métaux lourds à la suite de l'incendie d'un immeuble dont elle avait la gestion. Or, cette argumentation ne convainc pas.

En premier lieu, le Tribunal souligne que le diagnostic d'intoxication au Cadmium doit être investigué pour lui-même, indépendamment de toute considération en lien avec d'autres pathologies, eussent-elles été diagnostiquées avant ou au cours de l'année 2017. La question à laquelle doit répondre le rapport d'expertise dans le cadre de l'assurance-invalidité n'est pas tant de savoir si la fibromyalgie a été *causée* par une intoxication au Cadmium, que celle d'établir – au degré de la vraisemblance prépondérante – l'existence ou non d'un tel diagnostic en tant qu'atteinte à la santé (dont les conséquences peuvent se présenter sous la forme d'une néphropathie, une perte de masse osseuse, un problème cardiovasculaire [voir la fiche d'information Cadmium publié par l'Office fédéral de la santé publique, version mai 2011 « *studienfaktenblatt_cadmium_f.pdf* »]) et, cas échéant, les répercussions de celle-ci sur la capacité de travail respectivement de gain de l'assurée (cf. art. 8 al. 1 LPGA). En d'autres termes, les experts ne sauraient prendre prétexte de la présence des migraines avec auras et des douleurs de la région sacro-iliaque antérieures à 2017 pour, sous un angle chronologique, exclure le diagnostic d'intoxication au Cadmium avant toute investigation correspondante.

En second lieu, dans la mesure où les experts excluent la probabilité d'une intoxication au Cadmium en 2017 comme cause à la fibromyalgie attendu que certains symptômes de celle-ci – migraines avec auras, coccygodynies récurrentes – étaient déjà présents antérieurement, ils fusionnement

de manière contradictoire trois diagnostics autonomes en un seul, la rhumatologue retenant un état douloureux chronique diffus (CIM-10, R52.2) pour le diagnostic duquel la CIM-10 exclut précisément la présence de céphalées ou de douleurs rachidiennes. Ce faisant, l'experte dissocie clairement les diagnostics de migraines et de coccygodynies, apparues dans les années 2000 respectivement en 2013-2014, de la fibromyalgie, apparue en 2017 (dans le même sens, voir le volet neurologique [OAI-B. _____ p. 51 p. 198], le volet psychiatrique [OAI-B. _____ pce 51 pp. 208 et 216] et le volet internistique [OAI-B. _____ pce 51 p. 188]). Par conséquent, le Tribunal constate une contradiction entre, d'une part, les différents volets de l'expertise qui dissocient du tableau algique de l'assurée les douleurs rachidiennes, respectivement les céphalées, de la fibromyalgie, et, d'autre part, l'évaluation consensuelle des experts sur l'intoxication au Cadmium, dans laquelle ils prennent pour preuve l'apparition antérieure des manifestations migraineuses et des douleurs rachidiennes pour conclure que le trouble somatoforme indifférencié était déjà présent chez l'assurée avant la possible exposition au Cadmium en 2017 respectivement exclure et ne pas investiguer ce dernier diagnostic.

12.2.4 Ainsi, il apparaît que les experts, dont il n'est pas établi qu'ils disposaient de compétences en matière de toxicologie, ont écarté le diagnostic d'intoxication au Cadmium sans argumentation convaincante et, nonobstant un bilan sanguin faisant état d'une concentration de Cadmium supérieure à la normale, sans avoir effectué les analyses complémentaires qu'ils ont eux-mêmes estimées nécessaires.

12.3 Sur le plan psychiatrique enfin, l'expert retient le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) devant des plaintes somatiques multiples variables dans le temps avec des douleurs migrantes persistantes. Il exclut toute somatisation (F45.0) en l'absence d'un caractère insistant et dramatique, sans altération des relations interpersonnelles, notamment familiales et amicales, ni cause psychologique aux manifestations douloureuses.

12.3.1 Pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques (cf. *supra* consid. 10.2), le Tribunal fédéral a conçu, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. Complexe « atteinte à la santé »

- i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
- b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe « contexte social »
- B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)
- a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

En particulier, l'indicateur "comorbidités" doit tenir compte des "comorbidités psychiatriques", mais aussi des "maladies physiques concomitantes". Il est nécessaire de considérer globalement les interactions et autres relations entre le trouble douloureux ou le trouble psychique et l'ensemble des troubles concomitants ayant valeur de maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

12.3.2 Procédant à l'examen des indicateurs standards, l'expert psychiatre indique retenir des plaintes somatiques multiples variables dans le temps qui ne correspondent pas aux critères cliniques d'une somatisation (F45.0). Il n'y a pas non plus de caractère dramatique, de cause psychologique aux manifestations douloureuses, et les relations interpersonnelles, notamment familiales et amicales, ne sont pas altérées (catégorie « *degré de gravité fonctionnel* », complexe « *atteinte à la santé* », i. « *expression des éléments pertinents pour le diagnostic* »). L'assurée est compliant à un traitement psychothérapeutique conduit dans le cadre de la gestion de ses douleurs, sans succès probant (catégorie « *degré de gravité fonctionnel* », complexe « *atteinte à la santé* », ii. « *succès du traitement ou résistance à cet égard* »). Elle s'estime incapable de bénéficier d'une réadaptation professionnelle (catégorie « *degré de gravité fonctionnel* », complexe « *atteinte à la santé* », iii. « *succès de la réadaptation ou résistance à cet égard* »). Il n'existe pas de comorbidité au motif psychiatrique, en particulier pas d'épisode dépressif caractérisé (catégorie « *degré de gravité fonctionnel* », complexe « *atteinte à la santé* », iv. « *comorbidités* »). Il n'existe

pas de limitation uniforme dans tous les domaines de l'existence. L'assurée jouit de bonnes relations familiales. Elle a un intérêt pour la mécanique des motos ou pour les automobiles. Elle a de nombreux amis, pratique la natation et du fitness. Elle apprécie sortir et manger. Les souffrances sont d'un registre essentiellement extra-psychiatrique, algiques (*Catégorie « cohérence », complexe « Limitations uniformes du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie »*).

Cela étant, l'expert circonscrit son examen du critère « Catégorie « degré de gravité fonctionnel », complexe « atteinte à la santé », iv. « Comorbidités » à la constatation qu'il n'existe pas de comorbidité au motif psychiatrique, en particulier pas d'épisode dépressif caractérisé. Il ajoute que la situation psychiatrique n'est pas préoccupante, dès lors qu'elle est très éloignée des grands syndromes psychiques incapacitants tels que les psychoses, les épisodes dépressifs sévères, les troubles bipolaires, les anxiétés paroxystiques ou les troubles spécifiques de la personnalité. Il décrit en outre abondamment les ressources personnelles, notamment familiales et sociales, de l'expertisée (cf. *supra* consid. 9.3). Il écarte le diagnostic différentiel (cf. *supra* consid. 11.3.3) de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant retenu par le Dr H._____, en soulignant que les critères diagnostics pour retenir un tel syndrome ne sont pas présents, dès lors qu'il n'existe pas de limitation uniforme des activités dans tous les domaines comparables de la vie de l'expertisée, qu'elle continue à nourrir de bonnes relations familiales et amicales, qu'elle pratique des activités sportives et qu'elle dispose d'une capacité hédonique préservée. Enfin, il se borne à constater l'absence d'un substratum somatique suffisamment explicatif avec des douleurs migrantes non fixées, pour diagnostiquer un trouble somatoforme indifférencié, soit celui à envisager devant des plaintes somatoformes multiples, variables dans le temps, persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation (cf. intitulé CIM-10, F.45.1).

12.3.3 Ce faisant, l'expert indique, sans motivation aucune, retenir des plaintes somatiques multiples variables dans le temps qui ne correspondent pas aux critères cliniques d'une somatisation (F45.0). En outre, il ne discute pas davantage les atteintes physiques concomitantes présentées par l'assurée (céphalées avec auras, coccygodynies, douleurs chroniques diffuses, fatigue, troubles du sommeil). Il n'examine ni n'expose les interactions et autres relations entre le trouble douloureux qu'il diagnostique et l'ensemble des troubles concomitants ayant valeur de maladie, de sorte que le diagnostic et la capacité résiduelle de travail qu'il retient, ne le sont

pas de manière transparente. En procédant à un examen strictement psychiatrique et concentré sur les complexes « *personnalité* » et « *contexte social* », l'expert a procédé à un examen des indicateurs standards, en particulier celui de la « *comorbidité* », qui ne se révèle pas conforme au droit. Le Tribunal rappelle que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ; cf. *supra* consid. 12.3.1) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

12.4 Sur le vu de tout ce qui précède, le Tribunal constate que le rapport d'expertise est dépourvu de valeur probante dès lors qu'il écarte le diagnostic d'intoxication éventuelle au Cadmium à l'issue d'une instruction médicale incomplète, que la motivation relative à la capacité résiduelle de travail de l'assurée respectivement à la diminution de rendement de celle-ci à hauteur de 30% se révèle insuffisante et que le volet psychiatrique ne répond pas aux exigences jurisprudentielles. Dans ces circonstances, le SMR et après lui l'autorité inférieure ne pouvaient valablement se fonder sur les conclusions du rapport d'expertise pour opposer à la recourante une capacité entière de travail avec baisse de rendement de 30% dans toute activité lucrative.

13.

Il s'ensuit qu'en l'état du dossier, le Tribunal ne peut se prononcer sur l'invalidité de la recourante, de sorte que la cause n'est pas en l'état d'être jugée. Dans ces circonstances, la décision, rendue par une autorité territorialement incompétente, doit être annulée et l'affaire transmise à l'autorité compétente, à savoir l'office AI du canton B. _____ (cf. *supra* consid. 5).

13.1 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie si l'autorité a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les réf. cit.) ou notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nulle-

ment instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

13.2 En l'espèce, l'autorité a sommairement instruit les faits en ce qui concerne l'intoxication au Cadmium, dès lors qu'elle s'est contentée du diagnostic de suspicion d'intoxication au Cadmium retenu dans le rapport SMR de la Dresse E. _____ (OAI-B. _____ pce 55), sans instruire plus avant l'existence et les possibles conséquences de cette atteinte, ce malgré les recommandations des experts sur ce point et la présence au dossier d'un rapport d'analyse sanguine faisant état d'une concentration de Cadmium supérieure à la normale. L'office AI compétente procédera donc aux compléments d'instruction jugés utiles pour établir au stade de la vraisemblance prépondérante la potentielle atteinte à la santé en question et ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante. A cet effet, elle requerra notamment une copie du dossier de l'assurance-accidents de l'employeuse, D. _____, chargée d'instruire la demande de prestations déposée suite à la potentielle phase d'exposition au Cadmium. Si ce dossier ne suffit pas à établir ou à exclure l'existence d'une intoxication au Cadmium au stade de la vraisemblance prépondérante, il lui appartiendra de procéder elle-même aux prélèvements sanguin et urinaire recommandés par l'expertise pluridisciplinaire. Si dans ce cadre, le taux de Cadmium supérieur à la normale est confirmé ou si le médecin SMR le juge utile pour d'autres motifs, l'autorité aura à charge de mettre en œuvre une expertise toxicologique afin qu'un médecin spécialiste se prononce sur les répercussions de l'intoxication au Cadmium sur la capacité de travail de l'assurée.

13.3 En ce qui concerne la motivation de la capacité résiduelle de travail retenue sur le plan rhumatologique, l'autorité compétente procédera à un complément d'expertise, voire à une nouvelle expertise rhumatologique si celle-ci est jugée utile, afin qu'un médecin spécialiste décrive aussi précisément que possible l'impact des limitations et des troubles fonctionnels de l'assurée sur son activité habituelle, le cas échéant dans une activité adaptée, afin de déterminer de manière claire et motivée le taux d'incapacité de travail induit par son état douloureux chronique et diffus.

13.4 Enfin, sous l'angle psychiatrique, l'autorité compétente mettra également en œuvre un complément d'expertise, voire une nouvelle expertise psychiatrique si celle-ci est jugée utile, en vue d'établir à satisfaction de droit l'état de santé de la recourante sur le plan psychique respectivement l'éventuelle incapacité de travail correspondante, et d'expliquer, par une

approche globale, les interactions et autres liens d'un éventuel trouble somatoforme avec toutes les pathologies concomitantes dont souffre l'assurée, dans le cadre de l'examen des indicateurs standards prévus par la procédure d'établissement des faits structurée.

13.5 Au terme de l'instruction complémentaire, l'autorité compétente rendra une nouvelle décision motivée relative au droit de la recourante à une rente d'invalidité et/ou à des mesures de réadaptation, le Tribunal observant que contrairement à la décision litigieuse, les experts n'ont pas exclu la possibilité de conduire de telles mesures.

13.6 Dans l'éventualité où une nouvelle expertise était ordonnée, l'autorité fera appel à un ou plusieurs expert(s) indépendant(s) (art. 44 LPG) désigné(s) dans le respect des droits de participation de l'assurée (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P (cf. art. 72^{bis} RAI ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Si d'autres évaluations que celles susmentionnées se révèlent nécessaires au regard de l'ensemble des plaintes et des atteintes à la santé constatées, l(es) expert(s) en ordonneront la mise en œuvre, attendu qu'il est en dernier ressort de leur devoir d'expert de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre au questionnaire qui leur est soumis dans le cas d'espèce (arrêt du TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Il sera procédé aux examens, y compris le cas échéant des tests en situation réelle, nécessaires à cet effet. L'ensemble du dossier devra ensuite être à nouveau soumis au SMR pour examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

14.

14.1 Vu l'issue du litige, la recourante ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 800.– versée (cf. TAF pce 5) sera restituée à la recourante une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

14.2 L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF).

En l'espèce, la recourante a agi par l'intermédiaire d'un représentant n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du fait que le mémoire de recours contient quatorze pages (TAF pce 1), la réplique deux pages (TAF pce 11), auxquels s'ajoutent deux courriers rédigés au cours de la présente procédure (TAF pces 15 et 17), le Tribunal lui alloue, à charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF, en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 LTVA [RS 641.20], une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à Fr. 2'800.–.

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision attaquée est annulée et la cause transmise à l'Office AI du canton B. _____ pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.– déjà versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il est alloué à la recourante une indemnité de dépens d'un montant de Fr. 2'800.– à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure, à l'Office de l'assurance-invalidité du canton B. _____ et à l'Office fédéral des assurances sociales.

(L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.)

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Gehring

Frédéric Lazeyras

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss, et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :